

De basis van het pakket

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



Oratie 4 december 2009

Prof.dr. Werner Brouwer

Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

De basis van het pakket

Urgente uitdagingen voor de opzet en inzet van economische evaluaties in de zorg

Prof.dr. Werner Brouwer

Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
bijzonder hoogleraar Economische Evaluatie en Gezondheidszorgbeleid
aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,
Erasmus Universiteit Rotterdam, vanwege de Vereniging Trustfonds EUR,
op 4 december 2009



In the golden rule of Jesus of Nazareth, we read the complete spirit of the ethics of utility. To do as you would be done by, and to love your neighbour as yourself, constitute the ideal perfection of utilitarian morality.

J.S. Mill

Colofon

'De basis van het pakket'

Prof.dr. Werner Brouwer, 4 december 2009

ISBN 978-94-90420-05-5

Oplage:

1500

Productiebegeleiding:

Marketing, Communicatie & PR iBMG

Vormgeving en druk:

B&T Ontwerp en advies (www.b-en-t.nl)

De basis van het pakket

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

De zak van Sinterklaas¹

De zak van Sinterklaas. Het is natuurlijk op 4 december onmogelijk om het daar niet over te hebben. De zak van Sinterklaas. Morgen is het namelijk weer zo ver. Pakjesavond. Dan weet u weer wat de goedheilig man met de rode mantel uit Spanje dit jaar voor u heeft meegebracht. En alhoewel ik moet bekennen dat dit jaar de spanning voor mij voor 4 december wat groter was dan die voor 5 december, was dat vroeger wel anders.

Op 5 december kwamen immers uit de zak van Sinterklaas de langverwachte cadeautjes te voorschijn. Weken van te voren had ik mijn wensen voor dat jaar al aan de Sint kenbaar gemaakt. Een mooi versierd verlanglijstje werd netjes in mijn schoen gestopt. Een flinke wortel erbij voor het hongerige paard natuurlijk. Ik leefde in de stellige overtuiging dat deze lijst door een willekeurige Zwarte Piet aan het Bevoegd Gezag, Sint Nicolaas zelf, zou worden overhandigd ter verdere afhandeling. Meestal prikte bovenaan de lijst een groot – en zoals dat gaat bij kinderen ook letterlijk groot – en duur cadeau. Datgene wat ik het liefste had, maar waarvan ik zelf ook al wel voorvoelde dat ik het niet zou krijgen... Daarna volgden op het lijstje de wat meer haalbare, maar nog steeds felbegeerde cadeaus.

Sinterklaasavond zelf was altijd een bonte mengeling van euforie en teleurstelling. Het grootste cadeau, het eerste op mijn verlanglijstje, kwam nooit uit de zak van Sinterklaas te voorschijn. Wel altijd één van de zaken die wat lager op het lijstje stonden. En dat liet me nooit helemaal los. Waarom kreeg ik niet mijn eerste keus van Sinterklaas? Ondanks al mijn calvinistische zondebesef zocht ik de fout niet meteen bij me zelf. Dat ik

¹ Ik ben Job van Exel, Johan Polder en Frans Rutten erkentelijk voor hun nuttige commentaar op eerdere versies van deze rede en Karin van Oorschoot en Sander Bus voor hun hulp bij de voorbereidingen voor deze dag.

niet lief genoeg was geweest of niet mooi genoeg had gezongen – bij de centrale verwarming – dat kon het niet zijn. Ook twijfelde ik geen moment aan de goede bedoelingen van de Sint. Ik geloofde best dat hij alle kinderen zo gelukkig mogelijk wilde maken, die kindervriend. Het ging dus ergens anders mis. Maar waar? En toen opeens begon het me te dagen... De zak van Sinterklaas! Daarin zaten niet alleen alle cadeaus, maar daarin zat ook meteen het probleem!

De zak van Sinterklaas was namelijk gewoonweg niet groot genoeg. Hij kon nooit de grootste cadeaus voor iedereen bevatten! De Sint zou het best willen, en ik had het natuurlijk ook best verdiend, maar een groter cadeau voor mij betekende minder ruimte in de zak voor de cadeaus van de andere kinderen. Kinderen zoals mijn broer en mijn zus. Meer geluk voor mij betekende inherent minder geluk voor hen. En dat zou natuurlijk niet eerlijk zijn! (Vooral niet omdat ik al eens de schoenen van mijn broer en zus had leeggeplunderd toen ik een keer eerder wakker was dan zij...)

Waarom de Sint geen grotere zakken aanschafte, daarover dacht ik niet zozeer na. De ARBO wetgeving voor Zwarte Pieten was in die tijd ongetwijfeld minder strikt dan tegenwoordig. Maar waarschijnlijk begreep ik dat uiteindelijk de zak nooit groot genoeg zou kunnen zijn om aan alle liefste wensen van alle kinderen te voldoen, en tegelijkertijd nog draagbaar blijven. Dus zou Sint Nicolaas nooit al mijn wensen kunnen vervullen. Niet uit onwil maar vanwege de wensen van de andere kinderen en de beperkte ruimte in de zak. De Sint moest er dus maar het beste van maken. Dat betekent: de zak moet zo worden gevuld dat het op een eerlijke manier bijdraagt aan het doel van Sinterklaas. En dat is ongetwijfeld het meeste geluk voor zoveel mogelijk kinderen. The greatest happiness for the greatest number. Zo ziet u maar, de eerste lessen economie komen al vroeg in het leven. Want economen zijn in dit voorbeeld niks anders dan professionele zakkenvullers ... maar dan wel met als doel het meeste halen uit een altijd te kleine zak.

De zak van de zorg

De stap van de zak van Sinterklaas naar de zorg is een kleine en een grote tegelijk. Klein omdat ook de 'zak van de zorg', hoe groot hij ondertussen ook al is, altijd te klein blijft om aan alle wensen en behoeften van mensen tegemoet te kunnen komen. Bijna altijd ook zijn de verwachtingen richting de zorg hooggespannen en zijn de wensenlijstjes lang. Temeer omdat ook hier de rekening van het lijstje meestal grotendeels door anderen wordt betaald. Klein omdat iedereen hoopt uit de zak van de zorg te krijgen wat hem uiteindelijk datgene brengt wat hij het liefste wil: gezondheid en welzijn. Maar ook hier, of zelfs hier, geldt: meer geven aan de ene persoon, de ene groep, betekent minder ruimte overhouden, financieel of anderszins, voor andere personen en groepen. Meer gezondheid en welzijn voor de een betekent minder voor de ander. Anders gezegd, de prijs van gezondheid en welzijn is opgeofferde gezondheid en welzijn elders.

Dat geeft ook meteen aan waarom de stap van Sinterklaas naar de zorg groot is. Het betreft hier zorg en gezondheid. De aanleiding om zorg nodig te hebben is vaak negatief in plaats van positief. De belangen zijn groot. De keuzen die in de zorg worden gemaakt kunnen ongekend ingrijpen in het leven en welzijn van mensen. Direct en indirect. Keuzen die soms zelfs het verschil kunnen uitmaken tussen leven en dood. De titel van het beroemde boek van gezondheidseconoom van het eerste uur Victor Fuchs is in dat opzicht veelzeggend: *Who shall live?* Wie zal leven? Die titel is overigens ontleend aan het Joodse gebed dat wordt gebeden op Jom Kipoer en waarin God wordt gevraagd om nog een jaar bij de levenden te mogen horen. Het gaat hier dus over keuzen die wij als mensen eigenlijk misschien wel liever niet maken. Die we graag uit de weg gaan of overlaten aan anderen. Maar omdat ook de ruimte in de zorg beperkt is, zijn het keuzen die we als maatschappij niet kunnen ontlopen. Het ontkennen van schaarste neemt de schaarste namelijk niet weg. En dus wordt er uiteindelijk altijd gekozen: expliciet of impliciet, centraal of decentraal, consistent of inconsistent, goed of fout.

Juist vanwege de belangen die op het spel staan is het optimaal benutten van de beschikbare middelen, de beschikbare ruimte in de zorg, cruciaal. Dat kan alleen worden geborgd door een centraal en expliciet beoordelingskader voor wat er wel en wat er niet in de 'zak van zorg' past. In dat proces kunnen economen helpen. Dat verbaast u wellicht enigszins. Misschien

verontrust het u zelfs wel wat. Liever had u een ethicus gehad, een dokter, of bij gebrek aan beter een politicus om te helpen. Maar een econoom? In iets belangrijks als de zorg?

Economie, zorg en economische evaluatie

Over economie en economen bestaan nogal wat misverstanden. Zeker ook binnen de zorg. Het is goed daar even bij stil te staan. De econoom John Kenneth Galbraith zei eens: "Economics is extremely useful as a form of employment for economists." Maar economie is gelukkig meer dan alleen bezigheidstherapie voor economen. Het belangrijkste misverstand is ongetwijfeld dat economen zich alleen met geld bezig houden. Economen worden in dat kader nog wel eens gelijkgesteld aan de cynicus zoals Oscar Wilde hem definieerde: An economist knows the price of everything but the value of nothing. Wel berekenen wat alles kost maar geen idee hebben van de waarde der dingen. Tussen twee haakjes, dat gevaar dreigt in algemene zin zeker voor de zorg. Te vaak is daar – volledig onterecht – de focus op de kosten veel groter dan de focus op de opbrengsten. Juist economen dienen zich tegen zo'n eenzijdige focus te keren. Zeker ook in de zorg. De kosten verdienen aandacht, maar de opbrengsten evenveel. Meer nadruk op de opbrengsten van zorg, de waarde van gezondheid en welzijn zou dan ook goed zijn in het maatschappelijke en politieke debat over de zorg. De zorg is geen kostenpost maar een bron van waarde!

Economen berekenen dus niet alleen maar de kosten. Wat dan wel? Economie is de sociale wetenschap die zich bezighoudt met de vraag hoe de schaarse middelen het beste kunnen worden ingezet gegeven de individuele en maatschappelijke doelstellingen. Het uitgangspunt is schaarste van alternatief aanwendbare middelen. In de woorden van econoom Thomas Sowell: "The first lesson of economics is scarcity: There is never enough of anything to satisfy all those who want it. The first lesson of politics is to disregard the first lesson of economics." Zo ziet u maar, elke discipline zijn eigen uitgangspunten...

Economen leven dus van de schaarste. Er is nooit genoeg om alles te doen voor iedereen. En dus zijn keuzen nodig. Net als bij de zak van Sinterklaas. Welke keuzen het best zijn ligt natuurlijk aan het uiteindelijke doel dat we nastreven als maatschappij. De klassieke veronderstelling is dat individuen

en maatschappijen streven naar zoveel mogelijk nut, zeg maar geluk.¹ The greatest happiness for the greatest number – alweer. Veranderingen worden dus uitsluitend beoordeeld in termen van hun bijdrage aan het maatschappelijke geluk. Zoals Sen uitdrukt: “... judging the goodness of states of affairs only by utility information.”² Deze stroom wordt wel welfaristisch genoemd. Daarbij gaat het niet alleen om het genereren van zoveel mogelijk geluk met de beschikbare middelen. Een eerlijke verdeling van het geluk over mensen is daarbij ook van belang. Daar houden economen zich dus ook mee bezig. Doelmatigheid en rechtvaardigheid moeten in samenhang worden gezien, zeker ook in de zorg.³ In de zorg hechten mensen heel sterk aan een rechtvaardige verdeling. Eddy van Doorslaer constateerde in zijn oratie niet voor niets dat de maatschappelijke opvattingen over een rechtvaardige verdeling van gezondheidzorg veel weg hebben van het Marxistische principe “from each according to ability, to each according to need”.⁴

Het beoordelen of een bepaalde verandering de maatschappij er op vooruit of achteruit doet gaan is uiteraard inherent normatief⁵ en niet gemakkelijk. Als geluk als hoogste doel wordt genomen en geluk meetbaar en vergelijkbaar tussen mensen zou zijn, zoals vroeger wel gedacht⁶, dan hadden economen het betrekkelijk eenvoudig. Maar het betekenisvol vergelijken van geluk tussen personen wordt normaal gesproken onmogelijk geacht. Wanneer een verandering dus het geluk van sommige mensen vergroot, maar van anderen verkleint, is het onmogelijk vast te stellen of het totale geluk toe- of afneemt. Zoals Vilfredo Pareto al aangaf is alleen zeker dat een verandering het totale geluk vergroot wanneer die verandering het geluk van tenminste één persoon vergroot en dat van niemand schaadt. Jammer genoeg zijn veranderingen die alleen winnaars opleveren dun gezaaid. Bijna altijd zijn er winnaars en verliezers. Om dan toch iets te kunnen zeggen over de wenselijkheid van zo’n verandering werd het potentiële Pareto criterium, ook wel het Kaldor-Hicks criterium genoemd, ontwikkeld. Het idee erachter is eenvoudig. De winsten van de winnaars moeten groter zijn dan de verliezen van de verliezers. Als dat zo is zouden de winnaars de verliezers kunnen compenseren voor hun verlies, en toch nog winst, dus gelukswinst, overhouden. Dus moet het totale geluk wel toenemen. Wanneer compensatie werkelijk plaatsvindt wordt immers voldaan aan het Pareto criterium. Wat hierbij wel nodig is, als praktische concessie, is winsten en verliezen uitdrukken in een vergelijkbare grootheid. Die grootheid is meestal geld. Het is die afruil tussen winsten en verliezen,

baten en kosten, die de basis vormt voor economische evaluaties, zoals die ook in de zorg steeds vaker worden uitgevoerd.

Voordat ik terugga naar de zorg nog één punt. Juist in de zorg is er discussie over welke doelstelling dient te worden gehanteerd. Zo stelt Nobelprijswinnaar Sen dat het welfaristische uitgangspunt dat alleen individueel geluk of individuele preferenties de maatschappelijke welvaart zouden moeten bepalen tekort schiet. Niet de emotionele reactie op of de subjectieve waardering van de eigen situatie zou doorslaggevend moeten zijn, maar de objectieve mogelijkheden, de 'capabilities', waarover mensen beschikken om te doen en ten diepste te zijn wat ze willen. Sen wil daarmee ruimte geven aan andere zaken dan nut alleen in de beoordeling van maatschappelijke vooruitgang.⁷ Dat betekent een verbreding van de relevant geachte uitkomsten, de 'evaluative space'. In de gezondheids-economie is deze extra-welfaristische stroom vooral gebruikt om gezondheid als centrale, maar niet enig relevante uitkomstmaat naar voren te schuiven. Gezondheid is immers een extreem belangrijke capability, die het doen en zijn van mensen op talloze fronten kan beïnvloeden. Gezondheid als uitkomstmaat hanteren sluit niet alleen logisch aan bij de zorgsector, het maakt vergelijkingen tussen personen makkelijker. Daardoor wordt niet alleen het nastreven van doelmatigheid in de zin van gezondheidsbevordering vergemakkelijkt maar ook het nastreven van rechtvaardigheid in de verdeling van gezondheid en zorg. Immers, er kan nu expliciet worden verdeeld in het voordeel van de minstbedeelden in termen van gezondheid.⁸ Met andere woorden, het 'to each according to need' kan veel directer in de praktijk worden gebracht.

Tot de verbreding van de relevante uitkomsten kan zelfs de beoordeling van de 'quality of utility' worden gerekend. Dus het beoordelen van preferenties van mensen. Dat is in de moderne economie niet echt gebruikelijk. Sommige economen zullen het zelfs verfoeien als paternalistisch of dictatoriaal. In dat opzicht is het goed om te bedenken dat de grondleggers van het utilitarisme, het nutsdenken, voorkeuren wel beoordeelden. Economie begon niet voor niets als een 'moral science'. De vroege economen hadden duidelijke ideeën over waar de maatschappij naar toe moest. Zij hadden een doel met economie. Zo bepleitte utilist John Stuart Mill in zijn Utilitarianism uitdrukkelijk de rol van opvoeding en educatie met als doel de ontwikkeling van (door hem) gewenste preferenties!⁹

Wat die waren? "I must again repeat, what the assailants of utilitarianism seldom have the justice to acknowledge, that the happiness which forms the utilitarian standard of what is right in conduct, is not the agent's own happiness, but that of all concerned. As between his own happiness and that of others, utilitarianism requires him to be as strictly impartial as a disinterested and benevolent spectator. In the golden rule of Jesus of Nazareth, we read the complete spirit of the ethics of utility. To do as you would be done by, and to love your neighbour as yourself, constitute the ideal perfection of utilitarian morality." Kom daar tegenwoordig nog eens om...

Een beetje zwaar, zegt u? Laten we het dan vatten in de woorden van een moderne U2list, Bono Vox: "We're one but we're not the same, we get to carry each other." Zeker niet altijd de voorkeuren die we op dit moment aantreffen in de maatschappij als we de kranten mogen geloven... Maar wel belangrijke waarden in de zorg. Misschien dat het volgen van huidige preferenties ons niet altijd brengt waar we moeten zijn.

Ongeacht of men een welfaristische of een extra-welfaristische positie inneemt, het imperfecte¹⁰ maar praktische instrument van de economische evaluatie, de afweging tussen kosten en baten, kan helpen om gestructureerd na te denken over de optimale aanwending van schaarse middelen.¹¹ Ook in de zorg. Vandaar dus de rol van economen. Terug nu naar de keuzen in de zorg.

Grenzen aan de zorg

Het is duidelijk dat de keuzen binnen de zorg belangrijk en ingrijpend kunnen zijn. Het is dan ook cruciaal om op een goede en afgewogen wijze hierover besluiten te nemen. Een doordacht ingrijpen van de overheid in de zorg is nodig, omdat een vrije markt in de zorg niet leidt tot doelmatige of rechtvaardige uitkomsten.¹² Het eerste vanwege de bijzondere kenmerken van zorg en gezondheid. Het tweede omdat een normale markt niet verdeeld op basis van 'need'. 'Ability to pay' is daar belangrijker dan 'ability to benefit'. De markt gaat over 'survival of the fittest' – de zorg is juist gericht op hulp aan de, vaak ook financieel, zwakkere. Dat ingrijpen nodig is, zal dus niet snel worden ontkend.

De mate waarin en de wijze waarop ingrijpen nodig is, is wel onduidelijk. In termen van marktordening is in dat opzicht momenteel een belangrijke heroriëntatie gaande in Nederland. Langzaam maar zeker wordt het marktorderingsprincipe van gereguleerde concurrentie ingevoerd, mede gevoed door gezondheidseconomische inzichten van iBMG collega's als Wynand van de Ven en Erik Schut. Onderling concurrerende zorgverzekeraars kopen zorg in bij onderling concurrerende zorgaanbieders op basis van de beste verhouding tussen prijs en kwaliteit. Ondertussen borgt het verplichte karakter van de verzekering en de wijze van financiering de solidariteit tussen rijk en arm en gezond en ziek. Het beste van markt verenigt met het beste van de staat, zo is de hoop. De komende jaren zullen uitwijzen in hoeverre deze nieuwe balans tussen markt en staat de gewenste resultaten oplevert. Onmogelijk lijkt dat overigens zeker niet.

Dat de overheid hiermee de doelmatigheid van de zorg bevordert, wil niet zeggen dat de zorg goedkoper wordt. Die verwarring bestaat wel eens. Doelmatig wil alleen maar zeggen dat de relatie tussen kosten en opbrengsten goed is. En voor de duidelijkheid: kostenbeheersing dient alleen als doel te hebben om uitgaven boven wat optimaal is te remmen. Kostenbeheersing is geen doel op zich. Het dient te worden gezien in het bredere kader van de optimale inzet van middelen. Kostenstijgingen in de zorg zijn dus ook niet problematisch of slecht, zolang er afdoende opbrengsten tegenoverstaan. Voorlopig lijkt die balans voor de zorg nog gunstig en dat is een heel belangrijke constatering.¹³

Het lijkt wel aannemelijk dat de kostenstijgingen in de zorg voorlopig zullen voortduren, zowel in relatieve als in absolute zin. Dat roept de vraag op welke grenzen er aan de zorg moeten worden gesteld. En ook hoe die grenzen dienen te worden bewaakt. De huidige economische crisis en de noodzaak tot bezuinigingen versterken die vragen alleen maar. In dat opzicht is het belangrijk op te merken dat het veranderende zorgstelsel ook gevolgen heeft voor hoe de overheid de kosten van zorg kan beteugelen en daarmee de optimale grenzen van de zorg kan bepalen. Voorheen was aanbodrantoelening (bijvoorbeeld via het beperken van het aantal artsen en het aantal ziekenhuisbedden en het strikt budgetteren van ziekenhuizen) een prominent middel. Om de gereguleerde markt goed te laten werken moet dat steeds verder worden losgelaten. Dan rest de overheid vooral vraagrantoelening, oftewel het inperken van de vraag. Daarvoor bestaan twee belangrijke instrumenten.

Ten eerste eigen betalingen in enigerlei vorm. De invoering van de zogenaamde 'no claim' regeling was een eerste stap in het recente verleden. De daarop volgende, bijna geruisloze omzetting van deze nauwelijks effectieve no claim¹⁴ in een eigen risico was de tweede. De derde is waarschijnlijk de verdere verbetering en aanscherping van dit instrument in de komende jaren. Deze vorm van rantsoeneren van vraag (naar collectief gefinancierde zorg) is nog vrij impliciet. Het tweede instrument is de afbakening van het basispakket: het bepalen welke zorgvormen wel en welke niet in het basispakket aan voorzieningen thuishoren waar alle Nederlanders voor zijn verzekerd en aan meebetalen. Men kan stellen dat dit pakket daarmee het hart vormt van de Nederlandse zorg en zorgverzekering. Door zorgvuldig te bepalen wat in het basispakket wordt opgenomen kan de 'zorginhoudelijke doelmatigheid' en rechtvaardigheid worden bevorderd. Door strenger te selecteren worden ook de zorguitgaven beheerst. De keerzijde is dat daarmee ook minder zorg beschikbaar is voor alle Nederlanders. Weer dringt de economische vraag van een optimale besteding van middelen zich op. Bij het afbakenen van het pakket is het beoordelen van bestaande en nieuwe medische technologie (nieuwe medicijnen, diagnostische apparatuur, enzovoorts) van groot belang. Die zijn namelijk een belangrijke factor achter de stijgende zorguitgaven. Zij zorgen daarmee dat het 'ruimtegebrek in de zorg' toeneemt. Zoals bijvoorbeeld Sheiner stelt: "Technology growth is widely viewed as the main driver behind the long-term increase in health care spending."¹⁵

Maar wat past er in het basispakket en wat valt er buiten? Hoe benutten we de schaarse ruimte, de schaarse middelen optimaal? Het huidige besluitvormingskader daarvoor is in feite niets anders dan een volledige economische evaluatie. Juist vanwege het speciale karakter van de zorg en de wens voor een rechtvaardige verdeling van gezondheid en zorg wel een bijzonder soort economische evaluatie overigens. Het belang van dergelijke evaluaties zal ongetwijfeld stijgen in de komende jaren. Allereerst vanwege de zojuist geschetste ontwikkelingen in de Nederlandse zorg. Maar ook vanwege de, overigens zeer terechte, wens van de overheid om meer soorten zorg, zoals dure intramurale geneesmiddelen, AWBZ zorg en preventie, systematisch te beoordelen op hun 'pakketwaardigheid', ook in de praktijk.

Juist daarom is het in toenemende mate belangrijk het beslismodel dat wordt gebruikt om het pakket af te bakenen kritisch te blijven bezien. Is het een adequate basis van het pakket? Leidt het tot keuzen die bijdragen

aan doelmatigheid en rechtvaardigheid? Daarover wil ik het vanmiddag graag met u hebben. Ik zal eerst de huidige basis van het pakket kort toelichten. Daarna worden een aantal urgente uitdagingen voor het verbeteren van de opzet en inzet van economische evaluaties in de zorg uitgelicht.

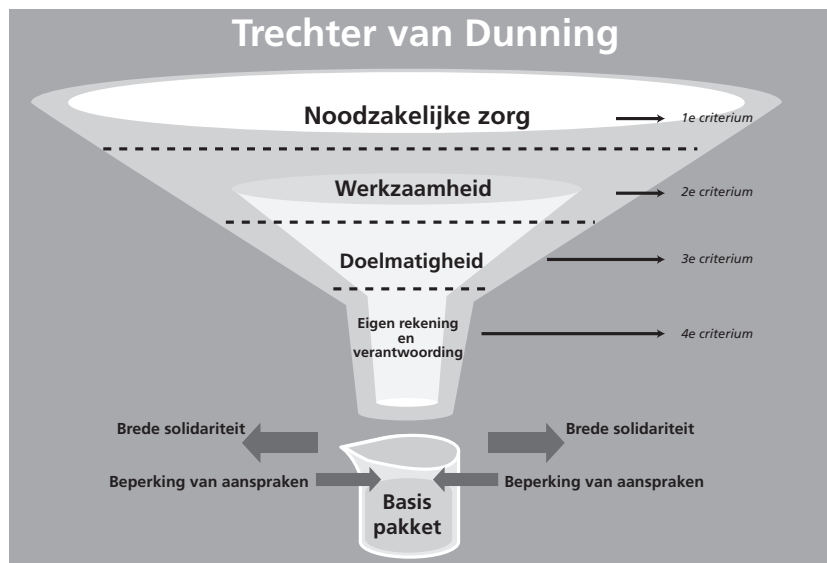
De huidige basis van het pakket

Hoe wordt het basispakket nu afgebakend? In Nederland is het College voor Zorgverzekeringen aangewezen als ‘pakketbeheerder’. Het CVZ adviseert de Minister aangaande het toelaten tot of verwijderen uit het pakket van zorginterventies. In de woorden van het CVZ: “De doelstelling van pakketbeheer op macroniveau is een te verzekeren pakket te realiseren, dat recht doet aan de behoefte aan zorg, dat kwalitatief goed is, toegankelijk voor alle verzekerden, en dat betaalbaar is.”¹⁶ Het doel is derhalve een kwalitatief goed, betaalbaar pakket voor iedereen dat recht doet aan de behoefte aan zorg. Teneinde deze doelstelling te bereiken hanteert het CVZ vier pakketprincipes:¹⁷

- Noodzakelijkheid: Rechtvaardigt de ziekte of benodigde zorg een claim op de solidariteit;
- Effectiviteit: Doet de interventie of zorgvorm wat er in de breedste zin van wordt verwacht – wordt het gewenste effect bereikt;
- Kosteneffectiviteit: Wat is de verhouding tussen de kosten en de effecten – dit criterium omvat dus tevens de effectiviteit;
- Uitvoerbaarheid: Is het nu en later haalbaar en houdbaar om de interventie of zorgvorm op te nemen in het pakket.

De eerste drie criteria beantwoorden de principiële vraag of een interventie in het basispakket dient te worden opgenomen. In feite omvatten zij de vier criteria uit de befaamde Trechter van Dunning (zie Figuur 1), genoemd naar de onlangs overleden cardioloog Dunning, voorzitter van de commissie Keuzen in de Zorg uit 1991. Het vierde criterium in de Trechter of zorg voor eigen rekening en verantwoording kan worden gehouden lijkt door het CVZ te worden meegenomen onder noodzakelijkheid.¹⁸ Dit geeft ook nog eens aan dat het huidige afwegingskader staat in een lange traditie van nadenken over de juiste samenstelling van het basispakket in Nederland.

Figuur 1: Trechter van Dunning



Het meer praktische vierde criterium van het CVZ model, uitvoerbaarheid, is zondermeer belangrijk, maar wel van een andere orde dan de eerste drie. Dat criterium betreft eerder de consequenties en randvoorwaarden van opname in het pakket dan een principiële keuze. Het zijn dan ook met name de eerste drie criteria die een zeer belangrijke rol in het denken over de samenstelling van het basispakket. De Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg (de RVZ) noemde zorg die aan die drie criteria voldoet ‘gepaste zorg’.¹⁹ Dat is dus zorg die noodzakelijk, doelmatig en effectief is voor de gebruiker ervan.²⁰ Die laatste toevoeging ‘voor de gebruiker ervan’ is uiteraard nodig omdat een zorgvorm nooit van zichzelf noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Dat is het alleen voor bepaalde personen in een bepaalde situatie. Het is overigens goed om op te merken dat de Kwaliteitswet Zorginstellingen een soortgelijk begrip hanteert, namelijk ‘verantwoorde zorg’. Dat is zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De basis van het pakket wordt dus gevormd door criteria die niet alleen de grenzen aanduiden, maar daarmee ook de kwaliteit van zorg borgen. Met andere woorden, gepaste zorg is verantwoorde zorg. Een heldere invulling hiervan is van groot belang, niet in de laatste plaats voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de belangrijkste toezichthouder op kwaliteit in de zorg.

Besluitvormingskader

Het model waarmee het CVZ in eerste aanleg beoordeelt of een interventie in principe voor opname in het pakket in aanmerking komt, kan, als gezegd, worden gezien als een volledige maar bijzondere economische evaluatie. Er wordt namelijk, op een wat indirecte manier, gezien of de baten van een interventie de kosten ervan overstijgen. In de hoogte van de baten liggen in belangrijke mate ook rechtvaardigheidsoverwegingen besloten. Het is goed om op te merken dat het huidige model sterk is geïnspireerd op zogenaamde 'imta model' dat vooral door Elly Stolk, Marten Poleij en Jan van Busschbach is vormgegeven en getest.²¹ In 2006 werd het min of meer door de RVZ overgenomen in het advies 'Zinnige en Duurzame Zorg'. En nu vormt het dus de basis voor CVZ besluitvorming. Het werkt als volgt.

Allereerst wordt berekend wat de effecten zijn van een bepaalde interventie. Uiteraard wordt dat gedaan in vergelijking met een bepaald relevant alternatief. Om de effecten van uiteenlopende interventies op een vergelijkbare manier uit te drukken is het concept van 'voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren' ontwikkeld. Ook wel quality adjusted life years genoemd of kortweg QALYs. Deze gezondheidsmaat combineert lengte en kwaliteit van leven door het toekennen van gewichten aan gezondheidstoestanden. Een jaar in perfecte gezondheid krijgt het gewicht 1. Dood krijgt het gewicht 0. De meeste gezondheidstoestanden krijgen een gewicht ergens tussen 0 en 1. Daarbij wordt het gewicht lager naarmate de toestand slechter is. Hele slechte toestanden kunnen in het QALY model zelfs negatieve gewichten krijgen. Die worden dus als 'slechter dan dood' beoordeeld. Wanneer de beginsituatie en de eindsituatie van patiënten bekend is, kan worden berekend hoeveel QALYs er worden gewonnen met een interventie. Even een voorbeeld om dit te verduidelijken. Een nieuwe interventie helpt patiënten met voortdurende lage rugklachten. Ze herstellen volledig gedurende 1 jaar. Voorheen kon men niets voor deze patiënten doen. Stel het QALY gewicht van leven met voortdurende lage rugklachten is vastgesteld op 0,8. Met andere woorden, Nederlanders vinden gemiddeld 10 jaar leven met deze klachten gelijkwaardig aan 8 jaar leven in perfecte gezondheid.²² Door de interventie winnen deze patiënten derhalve 0,2 QALY (het verschil tussen 0,8 en 1 gedurende 1 jaar). Dat is dus de effectiviteit van het middel ten opzichte van niets doen.

Vervolgens wordt deze QALY winst afgezet tegen de kosten die nodig zijn om die winst te boeken. Het uitgangspunt hierbij van het CVZ is dat alle

relevante maatschappelijke kosten en effecten dienen te worden meegenomen. Dus niet alleen kosten binnen de zorg, maar ook de kosten buiten de zorg zijn relevant. Dat zijn bijvoorbeeld de kosten van mantelzorg, reiskosten en kosten gerelateerd aan productieverliezen als werkende patiënten moeten verzuimen. Die insteek van het meetellen van alle kosten is ook logisch gegeven het doel achter economische evaluaties. Dat is immers het beoordelen of de welvaart van een maatschappij als geheel toeneemt of afneemt als gevolg van een verandering. Wanneer er belangrijke kosten niet zouden worden meegeteld, kunnen we verkeerde beslissingen nemen. Dat zijn beslissingen die de welvaart van de maatschappij schaden in plaats van bevorderen!

Stel in het voorbeeld van de lage rugpijn dat de interventie 2.000 euro per jaar kost. Maar als gevolg van de verminderde rugklachten verzuimen de patiënten minder vaak van hun werk. Dat bespaart 1.000 euro aan productieverliezen per jaar. De extra ofwel incrementele kosten ten opzichte van niets doen zijn derhalve 1.000 euro in dit voorbeeld. Door deze kosten te delen door het aantal gewonnen QALYs ontstaat een incrementele kosten-effectiviteitsratio. Dat zijn de incrementele kosten per gewonnen QALY:

$\Delta \text{kosten} / \Delta \text{QALY}$

In ons voorbeeld 1.000 euro gedeeld door 0,2 QALY oftewel 5.000 euro per gewonnen QALY. Dit is de informatie die een gangbare kosten-effectiviteitsstudie oplevert. Wanneer beleidsmakers in de zorg alleen in doelmatigheid waren geïnteresseerd, was dit een goede basis voor besluitvorming. Dan zouden de meest doelmatige interventies, dus met de laagste kosten per QALY, worden opgenomen in het pakket. Dat leidt echter tot keuzen, die weinig mensen zullen onderschrijven. Zo is Viagra dan een betere keuze dan een willekeurige orgaantransplantatie. Er ontbreekt dus nog een heel belangrijke schakel in het geheel. Het aspect van de rechtvaardigheid of noodzakelijkheid.²³

Het bezien van noodzakelijkheid beantwoordt de vraag, zoals CVZ het verwoordt, of de ziekte of de benodigde zorg een claim op de solidariteit rechtvaardigt. Dit concept van noodzakelijkheid of het Engelse 'need' appelleert aan het idee van rechtvaardigheid dat de basis vormt van menig zorgsysteem. "The government ... wants to ensure that in the future every

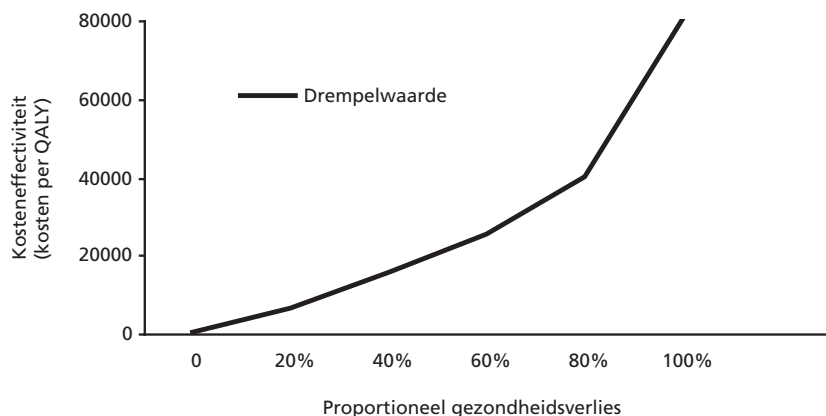
man, woman and child can rely on getting ... the best medical and other facilities available; that their getting them shall not depend on whether they can pay for them or any other factor irrelevant to real need.”²⁴ Of weer het Marxistische principe “... to each according to need”. Die ‘need’ is uiteraard groter naarmate de ernst van de situatie groter is. Het vormt daarmee waarschijnlijk de basis, de aanleiding, voor het handelen in de zorg. De noodzakelijkheid van ingrijpen is groter wanneer de gevolgen van een onbehandelde ziekte ernstiger zijn. In het huidige CVZ model is gelukkig expliciete aandacht voor die noodzakelijkheid. Dat lijkt misschien evident, maar dat is het zeker niet, ook gelet op de praktijk in ons omringende landen.²⁵ Het CVZ model is in dat opzicht een geavanceerd model.

Er is voor gekozen om noodzakelijk uit te drukken in termen van ziektelast ofwel Proportional Shortfall. Dat is het deel van hun gezondheid dat mensen kwijtraken als gevolg van een aandoening.²⁶

Naarmate een ziekte meer van de resterende gezondheid wegneemt, wordt ingrijpen noodzakelijker geacht. Als een ziekte alle resterende gezondheid wegneemt, bijvoorbeeld door acuut overlijden te veroorzaken, is het proportionele verlies maximaal, dus 100%. Aandoeningen die niet levensbedreigend zijn en maar wel het gezondheidsniveau verlagen, veroorzaken een lager proportioneel verlies. In ons voorbeeld van rugklachten is het proportionele verlies 20%; omdat de aandoening een verlaging van gezondheid veroorzaakt van 1 naar 0,8. Acute sterfte leidt tot een volledig verlies van alle resterende gezondheid (ongeacht de absolute hoeveelheid resterende gezondheid) en krijgt daarmee een maximaal noodzakelijkheidsgewicht, dat is 100%. Noodzakelijkheid is hiermee, gegeven de operationalisatie ervan uiteraard, meetbaar en objectiveerbaar. Het kan worden gemeten met behulp van hetzelfde instrumentarium dat wordt gebruikt voor de bepaling van (kosten) effectiviteit.

Hiermee zijn de drie criteria in maat en getal uitgedrukt. Vervolgens dient te worden gezien of het gezamenlijke beeld inclusie in het basispakket rechtvaardigt. Dat wordt (impliciet) gedaan aan de hand van het volgende model.

Figuur 2: Beslismodel



Des te noodzakelijker ingrijpen is, des te ruimhartiger de beoordeling van de kosteneffectiviteit. De ratio van kosten per QALY mag dus hoger zijn naarmate ingrijpen noodzakelijker is. In feite worden rechtvaardigheid, partieel gevangen als noodzakelijkheid, en doelmatigheid hier aan elkaar verbonden. De claim op financiële solidariteit mag groter zijn naarmate de ziekte ernstiger is. De verbindende schakel tussen beide is de maatschappelijke waardering van een gewonnen QALY bij een bepaald niveau van noodzakelijkheid. Een QALY winnen wanneer een aandoening heel ernstig is, is in dit model dus meer waard dan er één winnen wanneer de onderliggende aandoening milder is. Dat verklaart waarom relatief ondoelmatige interventies soms wel worden vergoed, terwijl relatief doelmatige interventies soms buiten het pakket worden gelaten.

Maar waar loopt die grens precies? Oftewel wat is de waarde van de QALY precies? Het CVZ sluit nauw aan bij het moedige RVZ advies uit 2006. Daarin werd als bovengrens 80.000 euro gesteld. Het CVZ schrijft: "Bij de beoordeling van de kosteneffectiviteit hanteert het CVZ een indicatieve bandbreedte. Deze loopt van ongeveer € 10.000 voor een beperkte ziektelast tot ongeveer € 80.000 voor een zeer ernstige ziektelast." Een QALY winnen bij mensen met een milde aandoening mag dus niet meer kosten dan ongeveer 10.000 euro. Eenzelfde QALY winnen mag ongeveer 80.000 euro kosten wanneer de aandoening heel ernstig is. Een verdere duiding van waar en hoe de grens precies loopt ontbreekt. Met andere

woorden, hoe de relatie tussen waarde en noodzakelijkheid precies is, blijft verder onduidelijk. Ik had de lijn in de figuur dus ook heel anders kunnen tekenen.

Het is goed om op te merken dat het CVZ model hiermee niets anders is dan een volledige economische evaluatie. De afweging is immers

$$\Delta \text{kosten} / \Delta \text{QALY}_i < W_{\text{QALY}_i}$$

De kosten per gewonnen QALY moeten lager zijn dan de voor die QALY relevante grenswaarde. Anders opgeschreven:

$$W_{\text{QALY}_i} * \Delta \text{QALY}_i > \Delta \text{kosten}$$

De baten moeten de kosten dus overstijgen.²⁷ Dit afwegingskader omvat zo de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. Een volledige economische evaluatie, maar wel van een heel speciaal soort. De QALYs geven gemiddelde waarderingen van gezondheidstoestanden weer. De waarde van de QALY is niet de eigen willingness to pay (hij is ook gelijk voor arm en rijk), maar veeleer een maatschappelijke bereidheid om te betalen voor gezondheidswinst. Die bereidheid wordt mede gevormd door rechtvaardigheidsoverwegingen. Er liggen dus belangrijke maatschappelijke waarden besloten in de waarden die wij produceren.

Inzet model

Het is goed ook de inzet, de toepassing, van dit model toe te lichten. Het besluitvormingsproces eindigt niet na de zojuist beschreven beoordeling. Het einde van deze fase, die ook wel de assessment fase wordt genoemd, is een voorlopige aanbeveling voor of tegen pakketopname. Maar uiteraard begrijpen zelfs economen – of misschien beter gezegd juist economen – dat met dit model niet alles wordt gevangen wat van waarde is bij dit soort beoordelingen. Om met Albert Einstein te spreken: ‘Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted.’ Na de assessment fase volgt sinds kort dan ook de zogenaamde appraisal fase, de waarderingsfase. Daarin worden, door een onafhankelijke commissie van wijze mannen en vrouwen, de overige maatschappelijke waarden en overwegingen meegewogen. Er wordt bezien of die aanleiding geven het conceptadvies uit de assessment fase te herzien. Zo kunnen de resultaten uit de assessment fase worden beoordeeld op hun passendheid in de context

van een specifieke interventie. Tevens kunnen extra overwegingen in het debat worden betrokken, zoals ethische en wettelijke grenzen. Dat is onmisbaar in het geheel. Juist bij keuzen met een individuele en maatschappelijke impact als die in de zorg is het proces van besluitvorming immers van groot belang. De inrichting van het besluitvormingsproces kan de legitimiteit van de besluiten vergroten. Vooral gegeven de inherente moeilijkheden om alles eenduidig te meten en te beoordelen. In dit kader is 'accountability for reasonableness' een belangrijk concept.

In hoeverre het huidige proces afdoende is in dat kader is een open vraag. De legitimering van de samenstelling van de commissie en het gevolgde proces (dus de gehanteerde argumenten en de consistentie daarin tussen verschillende besluitvormingstrajecten) zijn in dat opzicht bijzonder zwaarwegend. De afwegingen in de appraisal fase kunnen immers een aanzienlijke invloed hebben op de uiteindelijke aanbeveling aan de Minister. De inspraak van verschillende maatschappelijke actoren in het besluitvormingstraject, wellicht ook via zogenaamde 'citizen councils', verdient aandacht. Het streven dient verder te zijn de overwegingen in de appraisal fase zo transparant mogelijk te houden en de aansluiting tussen de assessment en appraisal fase, die nooit helemaal gescheiden zijn, optimaal. Ook in dat kader is de samenstelling en werkwijze van de commissie van belang.

Na afronding van beide fasen wordt een aanbeveling gedaan aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de interventie in het pakket op te nemen of niet. Bij deze aanbeveling kan het CVZ eventueel aanvullende voorwaarden formuleren. Zo kan de groep patiënten aan wie dit middel vergoed kan worden verstrekt worden ingeperkt.

Alhoewel in het verleden vooral (extramurale) geneesmiddelen werden beoordeeld, waardoor veel andere zorgvormen ongetoetst en 'sluipenderwijs' in het basispakket terecht konden komen²⁸, streeft het CVZ thans naar een zorgbrede pakketbeoordeling. Nu dienen ook bijvoorbeeld preventieve interventies, hulpmiddelen en overige AWBZ zorg getoetst te worden.²⁹ Daarbij is het idee dat dezelfde criteria kunnen worden aangehouden. In hoeverre de criteria ook op een zelfde wijze kunnen worden geoperationaliseerd is wel onduidelijk.

Gegeven het toenemende gebruik van dit afwegingskader, ook op nieuwe terreinen, is een blijvende kritische blik noodzakelijk. De ultieme toetssteen

is uiteraard of het model werkelijk bijdraagt aan het doel Nederlanders te voorzien van noodzakelijke, doelmatige en effectieve zorg. Er bestaan in dat kader urgente uitdagingen voor de opzet en de inzet van het model.

Uitdagingen voor de opzet van het model

Allereerst wil ik stilstaan bij een vijftal uitdagingen voor de opzet van het huidige afwegingskader.

Waarde gezondheid

Een eerste uitdaging is het vinden van onderbouwde waarden voor gezondheidswinsten. Het mag duidelijk zijn dat de waarde van gezondheidswinst een cruciale variabele is in het huidige afwegingskader. Maar wat is die waarde precies?³⁰ Lang circuleerde in Nederland de waarde van 18.000 of 20.000 euro per QALY. Deze waarde werd genoemd in een praktijkrichtlijn voor cholesterolverlaging, maar ontbeerde een goede onderbouwing. Desondanks werd het een belangrijk ijkpunt voor kosteneffectiviteit. Het advies van de RVZ over Zinnige en Duurzame Zorg veranderde dit. In plaats van een vaste grens van 20.000 euro kwam een bandbreedte van waarden per QALY. Zoals gezegd oplopend met noodzakelijkheid tot zo'n 80.000 euro. Die benadering lijkt zeker een verbetering in vergelijking met de oude situatie. Maar die intuïtieve constatering is uiteraard een weinig solide rechtvaardiging of onderbouwing van de nieuwe grens.

De bron van de huidige grens lijkt met name het RVZ rapport. Daarin wordt de beschikbare kennis op dit terrein besproken. Vervolgens wordt een voorzichtige keuze gemaakt voor 80.000 euro als bovengrens. In geval van aandoeningen met een lage ziektelast acht de RVZ het bespreekbaar om geen interventies te vergoeden. Een drempel van nul euro derhalve.

Maar hoe sterk zijn de bronnen om deze keuzen op te baseren? Zeker gegeven de context van het afwegingskader waarin deze waarden zouden moeten gelden is het antwoord duidelijk. In essentie zijn de huidige grenzen bijzonder arbitrair. Er zijn drie ijkpunten in de hoofdtekst van het RVZ rapport die de 80.000 euro grens moeten onderbouwen. Ten eerste een weinig solide vuistregel van de WHO, ten tweede de ervaringen in Engeland waar men zelf ook nog op zoek is naar de waarde van de QALY, en ten derde een arbitraire en foutieve berekening op basis van de waarde

van een statistisch leven.³¹ Geen van alle afzonderlijk noch gezamenlijk afdoende om de keuze voor Nederland op te baseren.

Hiermee wil ik uitdrukkelijk niet het moedige RVZ advies afvallen. Dat had, ondanks de publiciteit erover, niet als doel een grens te stellen maar het afwegingskader helder te maken. De RVZ beoogde het debat over deze materie te starten. Zij stelde ook terecht dat grenzen uiteindelijk door de politiek dienen te worden bekrachtigd. Tot dusver is de politiek echter angstvallig stil over dit, zeker politiek, zeer heikele onderwerp. The first lesson of politics... Maar alhoewel 'Denial is a river in Egypt' een mooie uitdrukking is, riskeert het ontkennen van schaarste en grenzen uiteindelijk – wellicht goedbedoelde – willekeur. Het wordt tijd dat ook wij uit dit 'Egypte' worden uitgeleid.

Dat is niet makkelijk. Iedere keuze op dit moment is, binnen redelijke grenzen, grotendeels arbitrair. Een overzicht van Hirth en collega's gaf immers al aan dat de waarde van de QALY gebaseerd op verschillende methoden sterk uiteenloopt.³² Van zo'n 25.000 dollar (gebaseerd overigens op de human capital methode die de waarde van menselijk leven foutief en ethisch verwerpelijk gelijkstelt aan zijn productiecapaciteit) tot een dikke 425.000 dollar gebaseerd op toeslagen bij arbeidsrisico's. En dat uit de tijd dat de dollar nog wat waard was... Een specifieke bovengrens vaststellen valt dus niet mee. Om over de vraag hoe de waarde oploopt met noodzakelijkheid maar te zwijgen, omdat ook de literatuur daar over zwijgt. De hoogte en de vorm van de grenslijn voor kosten per QALY is op dit moment daarmee volstrekt onduidelijk.

Dat is, juist vanwege het belang van die grens, zeer problematisch. Neem als gestileerd maar niet onrealistisch voorbeeld een behandeling van een zeer ernstige, zeldzame spierziekte bij kinderen. Zonder behandeling zijn ze er bijzonder slecht aan toe. Met een behandeling zijn ze er in ieder geval wat beter aan toe, alhoewel verre van volledig gezond. De behandeling kost ongeveer drie ton per jaar in euro's. De kosten per QALY zullen daar dus ver boven liggen. Laten we even zeggen zes ton per QALY. En de vraag die dient te worden beantwoord is: Past dit in het basispakket? U begrijpt de ultieme implicatie van het hanteren van een specifieke grens. En de noodzaak om deze goed vast te stellen. Niet alleen voor de direct betrokkenen, maar uiteindelijk ook voor ons als maatschappij. Bij 80.000 euro is het antwoord helder. Maar kunt u zich vinden in dat antwoord? De misschien

belangrijkere vraag is dan ook wat de waarde van en achter de beschikbare waarden in de literatuur is. En in hoeverre die passen bij het afwegingskader dat we willen hanteren.

Een belangrijke constatering daarbij is dat de waarden in de literatuur (bijna) zonder uitzondering slaan op gemiddelde individuele waarderingen van eigen gezondheid. Dat geldt ook voor recentere studies, die specifiek kijken naar de waarde van een QALY en vaak wat lagere waarden rapporteren. Studies waarderen meestal kleine individuele (risico)reducties in morbiditeit of mortaliteit. Naast de vele methodologische problemen rond gehanteerde methoden, is de vraag ook of zulke waarderingen het meest geëigend zijn voor de waardering van zorgopbrengsten. David Dranove schreef al: "There is no reason to expect that the value of a statistical life would equal the value of an identified life."³³ Allereerst omdat er een evident verschil is tussen een klein risico op een spoedig overlijden en de zekerheid dat dit zal gebeuren. In het laatste geval zal, ook theoretisch zoals collega Han Bleichrodt aangaf, de waarde van gezondheidswinst naar oneindig stijgen.³⁴ Maar oneindige waarden zijn lastig in het beleid te verwerken en zouden evident onwenselijke gevolgen hebben. De vraag is ook hoe we ze moeten interpreteren. Een naderende dood zal in economische zin het marginaal nut van geld naar nul doen neigen. Geld is immers niets waard in het zicht van de dood (althans voor het individu zelf). Ten tweede, en meer fundamenteel, is de vraag of de waarden in het CVZ model wel individuele waarderingen betreffen. De QALY zelf weerspiegelt al de individuele uitruil tussen lengte en kwaliteit van leven. De waarde van QALY winsten loopt op met de ernst van de aandoening op basis van een notie van solidariteit. Of de waarde daarmee een individuele is, is zeer de vraag. Is de solidariteit waar het CVZ over spreekt beperkt tot het ondersteunen van mensen tot een niveau van de eigen waardering van gezondheid? Of betreft het meer dan dat? Ik denk dat laatste. Dat impliceert echter dat zulke maatschappelijke waarden niet zondermeer op basis van gangbare methoden die individuele waarderingen van eigen gezondheid achterhalen, kunnen worden vastgesteld.³⁵ Het vaststellen van de maatschappelijke waarde van gezondheidswinsten, in een omgeving waar velen betalen om weinigen met ernstige problemen te helpen, vormt een belangrijke wetenschappelijke en maatschappelijke uitdaging. De waarden die we zoeken dienen te passen bij het model dat we hanteren, waarin solidariteit een belangrijke rol speelt en iets van de gouden regel: 'to do as you would be done by' valt terug te vinden. De wijze waarop wij deze waarden vaststellen zegt meteen iets over de

onderliggende kernwaarden in onze maatschappij. Deze keuzen gaan ons allen aan en zeggen iets over ons. Staan wij in de lijn van Nietzsche of Schweitzer? Ik sluit me dan ook graag aan bij de oproep van de Amerikaanse gezondheidseconoom Milton Weinstein: "It is time to lay to rest the mythical \$50,000 per QALY standard and begin a real public discourse on processes for deciding what health care services are worth paying for."³⁶

Dat debat, dat dus niet alleen gaat over getallen maar juist ook over de adequate processen om te komen tot die getallen, is urgent. In Rotterdam zijn we recent begonnen aan die zoektocht, waarbij naast individuele waarderungen, ook uitdrukkelijk maatschappelijke waarderungen van gezondheidswinst worden bestudeerd. Daarnaast worden, onder aanvoering van Job van Exel, in Europees verband momenteel de algemene houdingen van mensen ten aanzien van verdelingsprincipes in de zorg in kaart gebracht. Dergelijke inzichten in de normen en waarden ten aanzien van verdeling van zorg zijn uiteindelijk ook van belang bij het bepalen van de waarde van die zorg. Daarbij komt dus ook het begrip noodzakelijkheid weer om de hoek kijken.

Noodzakelijkheid

Noodzakelijkheid wordt nu uitgedrukt als ziektelast. De proportie van anders geleefde gezondheid die verloren gaat als gevolg van een aandoening. Dat is zeker niet de enig mogelijk opvatting over of kwantificering van noodzakelijkheid. Bij de introductie ervan door het iMTA werd ziektelast gekwalificeerd als een concept " ... waarmee kan worden getracht noodzakelijkheid in te kaderen en meetbaar te maken. Hier wordt het woord inkaderen gebruikt om aan te geven dat noodzakelijkheid vaak een breder begrip is dan ziektelast. Dit duidt ook meteen aan dat het iMTA-model weliswaar een verfijning impliceert ten opzichte van de gangbare manieren om interventies te beoordelen op hun kosten en effecten, maar zeker geen voorschrijvend of volledig karakter heeft."³⁷ We waren dus redelijk voorzichtig...

Twee belangrijke alternatieven zijn de rechtvaardigheidsprincipes van fair innings en prospective health. De eerste gaat uit van het idee dat ieder mens tijdens zijn leven 'recht' heeft op een eerlijke hoeveelheid gezondheid.³⁸ Naarmate iemand daar verder vanaf dreigt te blijven, wordt behandeling meer 'noodzakelijk' geacht. Uiteraard hangt dit sterk samen met leeftijd. Er kunnen derhalve leeftijdsgewichten, 'age weights', worden bepaald

waar de gezondheidswinst mee kan worden gewogen. Bij prospective health staan de gezondheidsvooruitzichten centraal.³⁹ Wanneer iemand zeer slechte vooruitzichten heeft, ongeacht zijn leeftijd, is de noodzaak voor behandeling groot. De parallel met de medische 'rule of rescue' is duidelijk. Proportional shortfall neemt een wat intermediaire positie in tussen deze beide principes. Of het daarmee afdoende de gewenste of maatschappelijke voorkeuren voor rechtvaardigheid weerspiegelt, is twijfelachtig. Een dreigend acuut overlijden krijgt in de berekening van proportional shortfall altijd het hoogste noodzakelijkheidsgewicht. Alle resterende gezondheid gaat immers verloren. Er is daarbij geen verschil tussen een patiëntgroep van gemiddeld 80 jaar oud, die hierdoor gemiddeld 3 jaar kwijtraakt, of een patiëntgroep van gemiddeld 3 jaar oud die hierdoor gemiddeld 80 jaar kwijtraakt. Toch zullen weinig mensen vinden dat interventies in beide gevallen 'even noodzakelijk' zijn. Dat is een belangrijke tekortkoming van de huidige berekeningswijze. Het fair innings principe presteert in dit opzicht beter, maar kent weer andere nadelen.

Belangrijk in deze context is ook dat noodzakelijkheid nu alleen beziet welke proportie gezondheid verloren gaat. Bijvoorbeeld de oorzaak van het verlies en daarmee zaken als eigen verantwoordelijkheid of de zeldzaamheid van de aandoening blijven buiten beschouwing. Ook de normatieve keuzen bij het berekenen van de relevante proportie verloren gezondheid verdienen nadere aandacht. Bijvoorbeeld: is de twintig procent proportional shortfall vanwege de constante lage rugpijn hetzelfde als de twintig procent die patiënten kwijtraken die 80% van hun tijd perfect gezond zijn, maar 20% van hun tijd er zo slecht aan toe zijn dat die tijd een QALY gewicht van 0 krijgt toebedeeld? De huidige rekenregels veronderstellen van wel.

Deze constatering is niet nieuw. Maar gegeven het toenemend gebruik van het beslismodel is het benadrukken van deze beperkingen belangrijk en zijn verbetering van het model gewenst. Het feit dat het Nederlandse model een veelomvattend en relatief geavanceerd model is, mag niet leiden tot een vertraging in de verdere ontwikkeling ervan. Daarvoor zijn de belangen te groot. Tot die tijd dient in de appraisal fase expliciet rekening te worden gehouden met de beperkingen van de opgeleverde getallen.

Effecten

Het maatschappelijke perspectief betekent dat alle relevante effecten dienen te worden meegewogen. Ik wil graag van deze gelegenheid gebruik maken om nog eens te benadrukken dat huidige economische evaluaties in dat opzicht tekortschieten. De opbrengsten van zorg kunnen worden onderschat. Dit heeft allereerst te maken met het feit dat huidige economische evaluaties patiënten als geïsoleerde individuen zien.⁴⁰ Alsof zij geen onderdeel uitmaken van een groter geheel, zoals een gezin. Iedereen die ziekte en erger heeft meegemaakt in zijn of haar omgeving weet dat ziekte geen individuele aangelegenheid is. De invloed ervan op de levens van anderen, met name natuurlijk de meest direct betrokkenen, kan heel groot zijn. Het herstellen van gezondheid daarmee ook. Die invloed niet meetellen in economische evaluaties is niet in lijn met het maatschappelijke perspectief. Meer onderzoek naar de effecten op 'significant others' zoals ze wel worden genoemd, is dan ook heel belangrijk. Daarbij speelt naast het directe 'familie effect' ook het effect mee van mantelzorg. Dat is een taak die veel voldoening kan geven, maar ook erg zwaar kan zijn en zo tot welzijns- en zelfs gezondheidsschade kan leiden.⁴¹ Een recente studie laat zien dat beide effecten inderdaad afzonderlijk van elkaar bestaan.⁴² Bepaalde aandoeningen zullen direct betrokkenen bij een patiënt ongetwijfeld veel harder treffen dan andere. Bijvoorbeeld ernstige ziekte bij kinderen of bepaalde psychische aandoeningen hebben een veel grotere invloed op de omgeving dan bijvoorbeeld lage rugpijn. De verbreding van effectmeting is nodig voor een juiste afweging van kosten en effecten en daarmee een derde belangrijke uitdaging.

Ook welzijnseffecten van patiënten worden waarschijnlijk niet altijd afdoende gewaardeerd in economische evaluaties. Verbeteringen van zorg die niet meteen gezondheidswinst opleveren maar wel bijvoorbeeld het gebruiksgemak of het welzijn van de betrokken patiëntgroep vergoten, lopen het risico onderbelicht te blijven. De uitkomstmaat QALY is daar immers niet op gericht. Meer aandacht daarvoor, zonder de grenzen van het zorgdomein uit het oog te verliezen, is nodig. Daarbij kunnen monetaire waarderingen van die opbrengsten behulpzaam zijn.

Een ander aandachtspunt is de wijze waarop QALY gewichten tot stand komen. Deze zijn meestal gebaseerd op waarderingen in de algemene bevolking met behulp van de zogenaamde Time Trade-Off methode. Daarin wordt mensen gevraagd te kiezen tussen langer leven in een slechtere

gezondheid of korter leven in een betere gezondheid. Uit de keuzen van mensen op dit soort vragen worden QALY gewichten afgeleid. Het beter begrijpen hoe en waarom mensen tot bepaalde keuzen komen in TTO's alsmede het verbeteren van de wijze waarop deze keuzen worden omgezet in gewichten, blijft een belangrijk onderzoeksveld.⁴³ Dat geldt zeker ook voor de waarderingen van toestanden die als 'slechter dan dood' worden bestempeld.

QALY gewichten worden normaal in de algemene bevolking vastgesteld. Dat gebeurt met name omdat patiënten zich kunnen aanpassen aan hun ziekte (coping, adaptatie). Daardoor geven zij relatief hoge waarderingen aan slechte gezondheidstoestanden en lijkt de gezondheidswinst van het verhelpen van zulke toestanden maar klein. Om dat effect te vermijden vragen we mensen uit de algemene bevolking. In economische termen, we gebruiken voor keuzen in de zorg het geanticipeerde welzijn (ook wel decision utility genoemd), niet het daadwerkelijk ervaren nut (experienced utility). Recent is de discussie weer aangewakkerd, met name door kwaliteit van leven expert Paul Dolan, of experienced utility niet beter zou zijn.⁴⁴ Alleen door te meten bij mensen die daadwerkelijk gezondheidsproblemen hebben kan immers worden vastgesteld hoe hun welzijn echt wordt beïnvloed. Hypothetische antwoorden kunnen vertekend zijn aangezien: "Nothing in life is quite as important as you think it is while you are thinking about it."⁴⁵ Het probleem van het voorstel van Dolan en collega's blijft echter dat het behandelen van aandoeningen waar mensen zich goed op aanpassen een lage nutswinst oplevert. Vanuit een gezondheidsoogpunt en een 'capabilities' gedachte is dit onwenselijk. Het gebruik van experienced utility is dan ook niet aan te bevelen bij het vaststellen van effectiviteit. Wellicht dat het wel een rol zou kunnen spelen bij de vaststelling van noodzakelijkheid. Dus dat ingrijpen noodzakelijker wordt geacht naarmate adaptatie minder goed mogelijk is.

Kosten

Een vierde uitdaging betreft het vaststellen van de kosten. Het maatschappelijk perspectief innemen impliceert ook dat alle kosten dienen te worden meegenomen. Maar het is wel de vraag of alle kosten even zwaar dienen mee te wegen in de uiteindelijke beslissing. Het IMTA en met name Marc Koopmanschap heeft sterk bijgedragen aan verbeterde methoden om zogenaamde productiviteitskosten te meten en te waarderen.⁴⁶ Dat zijn de kosten die samenhangen met verminderde productiviteit als gevolg van

ziekte, bijvoorbeeld door verzuim. Deze kosten meewegen heeft echter ook verdelingsconsequenties. Interventies bij betaald werkende mensen kunnen dan kosteneffectiever zijn dan die bij soortgelijke mensen zonder betaald werk. Dat lijkt in ieder geval niet te rijmen met: "... that their getting them shall not depend on whether they can pay for them or any other factor irrelevant to real need". (Tenzij, hetgeen onwaarschijnlijk is, productieverliezen worden gerekend tot 'need'.) Het staat ook op gespannen voet met de opvatting van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Die stelde dat de toegang tot de zorg niet afhankelijk moet zijn van individuele kenmerken, waaronder inkomenspositie en de waarde van een persoon voor de maatschappij.⁴⁷ Productiviteitskosten negeren omwille van dergelijke rechtvaardigheidsoverwegingen is het ontkennen van werkelijke maatschappelijke winsten. Ze volledig meetellen net als andere kosten, zoals nu gebeurt, is het negeren van binnen de zorg zo belangrijke rechtvaardigheidsoverwegingen. De waarheid ligt wellicht ook hier in het midden...⁴⁸

Het CVZ beveelt dus een maatschappelijk perspectief aan, maar sluit, waarschijnlijk vooral vanwege de discussie in de literatuur hierover⁴⁹, een specifieke kostensoort uit: "De indirecte kosten binnen de gezondheidszorg die niet gerelateerd zijn aan de behandeling moeten buiten beschouwing gelaten worden." Wanneer een interventie het leven verlengt, bijvoorbeeld na hartfalen, worden de kosten die later worden gemaakt maar niet te maken hebben met hartfalen, niet meegeteld in de economische evaluatie. Dus de kosten van een heupvervanging op latere leeftijd of van griepvaccinaties worden niet meegeteld. Dat is vreemd omdat aan de effectenkant er impliciet wel vanuit wordt gegaan dat er normale zorg wordt genoten. Het is dan ook evident inconsistent om de opbrengsten wel en de benodigde kosten niet mee te nemen.⁵⁰ Een verkeerde afweging van kosten en baten kan het gevolg zijn. De richtlijnen dienen op dit punt dan ook zo spoedig mogelijk te worden aangepast. Dit is naar mijn weten de derde oratie, na die van Ben van Hout en Johan Polder, waarin hiertoe wordt opgeroepen. Misschien is driemaal ook hier scheepsrecht?

Bredere toepassing model

Dat is mede van belang in het kader van de wens van het CVZ om het pakket zorgbreed te gaan beoordelen. Die wens vormt de vijfde uitdaging. Hierdoor zullen onder andere preventieve interventies vaker worden getoetst, die aanzienlijke levenswinst kunnen opleveren. Een goede

afweging tussen kosten en opbrengsten maakt de inclusie van kosten in gewonnen levensjaren noodzakelijk. Een andere kostenpost die in dat kader aandacht verdient, is patiënttijd. Een gezonde leefstijl kan een grote invloed hebben op onze gezondheid. Niet voor niets wordt het groeiende probleem van overgewicht gezien als een belangrijke bedreiging voor onze gezondheid. Zelfs onze Koningin riep in haar troonrede van 2007 haar onderdanen op tot een gezonde levensstijl. Zo'n levensstijl bevat echter vaak aanwendungen van tijd waar niet alle onderdanen, wellicht met name die in de beoogde doelgroep, onverdeeld gelukkig mee zijn. De waardering van tijd gespendeerd aan bijvoorbeeld meer bewegen kan in dat opzicht niet alleen economisch van belang zijn, maar ook instroom en compliance verklaren bij dergelijke programma's. In de woorden van Mark Twain: "The way to keep your health is to eat what you don't want, drink what you don't like, and do what you'd rather not." De mate waarin het tegenstaat, maakt ook uit.⁵¹

Het gewicht dat wordt gehecht aan toekomstige gezondheid in een economische evaluatie, oftewel het disconteren, kan de kosteneffectiviteit sterk beïnvloeden. De Nederlandse richtlijnen daarvoor zijn recent terecht herzien. Er geldt nu een lagere disconteervoet voor gezondheid dan voorheen, waardoor toekomstige gezondheid meer gewicht krijgt dan voorheen. Deze verandering is vooralsnog uitsluitend gebaseerd op doelmatigheidsoverwegingen, namelijk de verwachting dat de waarde van gezondheid zal stijgen in de tijd.⁵² Of de huidige richtlijnen daarmee ook in lijn zijn met rechtvaardigheidsoverwegingen aangaande de verdeling van gezondheid over generaties betrekken is vooralsnog onduidelijk.

Bij de beoordeling van preventieve interventies is het verder goed te bedenken dat noodzakelijkheid normaal wordt berekend vanaf het moment van die interventie, niet vanaf het moment dat het probleem dat wordt vermeden anders zou optreden. Hierdoor wordt primaire preventie bijna altijd als minder noodzakelijk aangemerkt dan het genezen van hetzelfde probleem wanneer het werkelijk optreedt. Voorkomen is beter dan genezen, maar genezen noodzakelijker dan voorkomen?

Voor de beoordeling van AWBZ zorg, de 'care', is het van groot belang om een adequate uitkomstmaat te hebben. De QALY maat lijkt hier niet op voorhand geschikt. De care is immers veelal gericht is op welzijnsverbetering in plaats van op gezondheidsverbetering. Zoals de RVZ stelt: "De care is

gericht op de verbetering van het welbevinden van de cliënt.”⁵³ Om die welzijnseffecten goed in kaart te brengen dienen instrumenten te worden gebruikt die daarop gericht zijn. Anders wordt een goede beoordeling van de opbrengsten van dergelijke interventies onmogelijk. Het is dan ook problematisch te moeten constateren dat op dit moment zulke instrumenten niet voorhanden zijn. Niet in Nederland maar ook niet, in uitontwikkelde zin, internationaal.⁵⁴ Een goede uitkomstmaat vormt de basis namelijk voor het hele beoordelingskader. Toetsen op noodzakelijkheid, doelmatigheid en effectiviteit van care interventies kan simpelweg niet zonder goede uitkomstmaat.⁵⁵ Het ontwikkelen van zo’n maat en het op basis daarvan verder vormgeven van het beoordelingskader is dan ook een zeer urgente uitdaging. In de eerste plaats omwille van een goede pakketafbakening. Maar juist in de huidige omstandigheden ook om de uitgaven aan care te kunnen rechtvaardigen en verkeerde keuzen te vermijden.

Een zorgbrede pakketafbakening is belangrijk maar vereist dus nog wel de nodige investeringen in het afwegingskader.

Uitdagingen voor de inzet van het model

Naast de opzet van het afwegingskader verdient ook de inzet, de toepassing, ervan hier aandacht. Het uiteindelijke doel ervan is het basispakket te vullen met gepaste zorg: noodzakelijke, doelmatige en effectieve zorg voor de gebruiker ervan. Op dit moment is het eindresultaat van de afweging een advies aan de Minister om een zorgvoorziening al dan niet toe te laten tot het pakket. Eventueel onder aanvullende voorwaarden. Meestal betreft het dus een brede beslissing tot opname in het pakket. De exacte toepassing van de nieuwe medische technologie wordt vervolgens in de praktijk aangestuurd door medische praktijkrichtlijnen. Daarbij bestaan twee problemen. Ten eerste is een vergoedingsbeslissing normaliter niet zo gedetailleerd dat het gepast zorggebruik in de praktijk bewerkstelligt. Het borgt dus niet dat de zorg die uiteindelijk wordt gebruikt ook noodzakelijk, effectief en doelmatig is voor de gebruiker ervan. Ten tweede worden praktijkrichtlijnen, die juist voor de gebruiker van zorg van belang zijn, veelal niet langs de lijnen van noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid vastgesteld. Normaal gesproken worden die door medische wetenschappelijke verenigingen vastgesteld, vooral op medisch-inhoudelijke gronden. Een recente scan van een aantal belangrijke praktijkrichtlijnen laat zien dat er

vaak nauwelijks aandacht is voor economische argumenten in die richtlijnen.⁵⁶ Als dat al gebeurt dan zeker niet uniform of volledig. En al helemaal niet conform het besproken afwegingskader. Dit betekent dat in de praktijk de interventie niet gepast gebruikt hoeft te worden.

Dit probleem wordt nog nijpender gezien het beleidsvoornemen om over te gaan naar een minder gedetailleerde, meer functiegerichte omschrijving van het basispakket. Juist daarbij wordt de rol van medische richtlijnen nog groter.⁵⁷ Die geven dan nog meer sturing en inhoud aan het basispakket in de praktijk. Die rol kunnen richtlijnen thans evident nog niet aan. Samen met Frans Rutten heb ik daarom herhaaldelijk gepleit voor het op een systematische wijze incorporeren van economische evidentie in medische richtlijnen. Daardoor wordt de pakketafbakening via medische richtlijnen geregeld, en gepast zorggebruik op het, in feite noodzakelijk gedetailleerdere niveau geborgd. Daarbij hebben we ook gepleit voor een gezaghebbend instituut dat dit doel niet alleen nastreeft maar ook kan afdwingen. Het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) kan hierbij als voorbeeld dienen. Zo'n instituut verenigt idealiter de bestaande kennis op dit terrein. Daarbij ook gebruikmakend van de aanwezige kennis op Europees niveau. Het dient daarbij ook de bevoegdheid te hebben om gezaghebbende richtlijnen uit te vaardigen voor de Nederlandse zorg.

Even leek het erop dat Minister Klink onze roep had gehoord. Zijn plannen voor een Kwaliteitsinstituut waren veelbelovend. Ondertussen zijn die plannen helaas verloren gegaan. Tussen droom en daad stonden misschien niet zozeer wetten maar ongetwijfeld praktische politieke bezwaren. 'Als er niet kan wat er moet, dan moet er maar wat er kan.' En dus hebben we nu de recent opgerichte "Regieraad Kwaliteit van de Zorg". De doelstellingen daarvan zijn zeker lovenswaardig blijkens hun werkplan. Maar vooral de bevoegdheden van de Regieraad zijn te beperkt. Dat is zeker geen verwijt aan de Regieraad overigens, maar wel een belangrijke constatering.

Er blijft dus behoefte aan een instituut dat het vervaardigen van gepaste medische praktijkrichtlijnen als centraal doel heeft. Ook in het kader van toezicht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toetst immers op basis van richtlijnen of zorg kwalitatief voldoende is. Dat vereist dat de richtlijnen zelf kwalitatief voldoende zijn om verantwoorde zorg te definiëren. En ook dat er niet meerdere richtlijnen zijn voor eenzelfde aandachtsgebied.⁵⁸

De aanwezigheid van een voldoende gemandateerd instituut heeft als bijkomend voordeel dat het de discussies over vergoedingen weg kan halen uit de politieke arena. De politiek dient uiteraard het afwegingskader en de gehanteerde grenzen te bepalen. De toepassing van dat kader bij specifieke interventies lijkt veel minder een politieke aangelegenheid. Meer afstand tot de politiek zorgt ook voor de nodige (politieke) conjunctuurgevoeligheid in beoordelingen.

Een dergelijk instituut kan ook genomen besluiten en richtlijnen periodiek herzien, wanneer er nieuwe interventies op de markt komen of wanneer meer duidelijk wordt over de kosten en effecten van middelen in de praktijk. Dergelijk uitkomstenonderzoek wordt bijvoorbeeld voor dure behandelingen tegen kanker in Nederland door Carin Uyl uitgevoerd. Het kent vele uitdagingen, maar kennis over kosten en effecten in de praktijk blijft nodig.

Tenslotte zou zo'n instituut ook met fabrikanten van interventies kunnen onderhandelen over de prijs op basis van de waarde die zij leveren. Nu gebeurt dat in de Nederlandse context nog te weinig of te versnipperd. Daardoor blijven soms onterecht hoge prijzen bestaan. Door op een verstandige en geconditioneerde wijze prijsafspraken te maken, kan dit worden voorkomen. Zoals een belangrijk voorvechter hiervan, Karl Claxton, schrijft is het juist daarbij wel nodig dat het onderhandelende orgaan '... has the political independence to say no to the 'all or nothing deal' and bear the heat of such a decision.' Een voordeel hiervan is ook dat kan worden gestreefd naar een eerlijke verdeling van de maatschappelijke winst als gevolg van innovaties tussen fabrikant en andere maatschappelijke actoren. Die verdeling is in Nederland een onderbelicht thema.

Gegeven de koers van de Nederlandse zorg blijft het daarom noodzakelijk te herhalen dat een krachtig instituut op dit terrein een belangrijke randvoorwaarde is voor het beleid.

Afsluitend

Er liggen dus grote en urgente uitdagingen voor een juiste opzet en inzet van het afwegingskader om het basispakket af te bakenen. Voor de goede orde: de genoemde uitdagingen bedoelen niet het huidige afwegingskader

of het gebruik ervan te diskwalificeren. Zoals ik al aangaf is dat kader, ook internationaal gezien, geavanceerd. Het nemen van beslissingen kan ook niet wachten tot het perfecte model is ontwikkeld. Dat is, op zijn minst, lange termijn werk. En zoals de econoom Keynes al zei: "In the long run, we are all dead." Het is wel van belang de beperkingen van het model te kennen. De RVZ trekt in haar rapport de parallel met de schaal voor windkracht van Beaufort. Die schaal is naar huidige maatstaven wellicht wat grof. Maar het redde wel menig zeeman zijn leven. Die parallel is treffend. Dat gezegd zijnde, kan dat, juist vanwege de belangen in de zorg, geen reden zijn om niet te streven naar verbeteringen!

In dat streven dienen beleid en wetenschap gezamenlijk op te trekken. De goede samenwerking tussen het CVZ en het iBMG is dan ook heel waardevol. Juist daardoor kunnen beperkingen en uitdagingen in de praktijk worden gesignaleerd en door onderzoekers worden opgepakt. En andersom, kunnen ontwikkelingen in de verbetering van het model snel hun weg vinden naar de praktijk. Ook de programma's van ZonMW gericht op het verbeteren van de methodologie van economische evaluaties zijn in dat opzicht heel waardevol.

Het uiteindelijke doel van deze inspanningen is uiteraard een adequate afweging van kosten en opbrengsten bij de beoordeling van zorg. Een afweging die recht doet aan relevante maatschappelijke waarden en leidt tot een optimale afbakening van het basispakket. De basis van het pakket verdient die zorg!

Ik acht het een voorrecht dat ik dankzij de leerstoel 'Economische Evaluatie en Gezondheidszorgbeleid' me verder mag bezighouden met deze boeiende en relevante materie. En hopelijk op die wijze kan bijdragen aan de verdere verbetering van die basis van het pakket. Niet alleen middels onderzoek op genoemde terreinen maar ook middels onderwijs. Onze studenten zijn immers de toekomstige onderzoekers en beleidsmakers in de zorg en daarmee mede bepalend voor de koers van en keuzen in de Nederlandse zorg. Het succes van de BMG opleidingen in brede zin, en in het bijzonder de internationale Master Health Economics Policy and Law, waarin voor economische evaluaties en rationing uitgebreid aandacht is, stemt daarom hoopvol.

Dankwoord

Mijnheer de rector, dames en heren, graag wil ik afsluiten met een paar woorden van dank. Omdat ook hier schaarste van belang is, vergeeft u het mij ongetwijfeld dat ik me ook hier beperk tot de basis.

Allereerst wil ik de Vereniging Trustfonds Erasmus Universiteit Rotterdam, het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit, de Raad van Bestuur van het Erasmus MC en in het bijzonder de decaan van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Huib Pols, alsmede het MT van het iBMG bedanken voor de vestiging van deze bijzondere leerstoel en het feit dat u mij deze stoel toevertrouwde. Dat is voor mij zeker geen vanzelfsprekendheid.

Jaap van Dijk wekte, misschien wel als enige, tijdens mijn studie algemene economie hier aan de Erasmus Universiteit mijn interesse voor het doen van onderzoek. Dat legde de basis voor mijn sollicitatie bij het iBMG voor een promotieplaats. Na mijn afstuderen werden Jaap en ik vrienden. Een paar maanden voor ik promoveerde, overleed hij. Ik mis zijn aanwezigheid in Rotterdam nog altijd.

Het iBMG en daarbinnen de sectie Gezondheidseconomie en het iMTA vormen voor mij nu alweer bijna 14 jaar een heel prettige en inspirerende werkbasis. Ik wil alle collega's die daar in de loop der jaren aan hebben bijgedragen of dat nog steeds doen van harte danken. Zonder namen te noemen, om niemand te vergeten, uiteraard in het bijzonder hen waarmee ik veelvuldig samenwerk. Uiteraard dank ik ook de vele mensen buiten het iBMG waarmee ik door de jaren heen heb mogen samenwerken, in onderzoek, onderwijs of anderszins.

Hooggeleerde Rutten, beste Frans. Het gaat niet alleen om de basis, maar ook om wie je baas is. Vanaf het moment dat ik bij het iBMG begon als promovendus en jij mijn promotor werd, had ik me geen betere kunnen wensen. De vrijheid, het vertrouwen en de ondersteuning die jij vanaf het eerste moment hebt gegeven zijn heel bepalend geweest. Ik hoop van harte dat we onze samenwerking op tal van terreinen nog lang kunnen voortzetten en dat ik nog veel van je zal kunnen leren aangaande inhoud

en proces. En dus dat je Sinterklaas niet al te snel naar Spanje zult volgen! Twee mannen met rode mantels in Spanje is ook wel wat teveel van het goede...

Marc Koopmanschap, die mij als copromotor invoerde in de basisgeheimen van de gezondheidseconomie wil ik ook bedanken. Marc, jouw enthousiasme voor gezondheidseconomie en afkeer van orthodoxie daarin zijn aanstekelijk!

Job van Exel leerde ik als medestudent kennen tijdens mijn studie economie. We werden toen al vrienden. Ik ben heel blij dat ik jou later wist over te halen om ook bij het iBMG te komen werken, nu alweer 9 jaar geleden. Als ik zeg dat we sinds die tijd alleen maar dikkere vrienden zijn geworden, dan zeg ik niets teveel! Ik hoop dat we die lijn, althans in één opzicht, nog heel lang zullen voortzetten!

Uiteraard werd de vroegste basis voor alles in mijn leven, dus ook dit, gelegd door mijn ouders. Lieve pa en ma, bedankt voor alles wat jullie hebben betekend en nog betekenen. Ik ben heel blij dat jullie er ook vandaag samen bij kunnen zijn.

De thuisbasis is natuurlijk de meest belangrijke basis. Lieve Janine, ik weet dat jij het bedanken van partners bij een oratie volstreekte onzin vindt. Bedankt daarvoor... en voor al het andere! Sorry, ik kon het niet laten.

Niels, Thijs en Jeroen. Vandaag kwam Sinterklaas alleen voorbij in mijn verhaal. Morgen komt hij echt! Ik hoop voor jullie - en voor mij - dat hij de beperkte ruimte in zijn zak dit jaar weer optimaal heeft benut!

Ik heb gezegd.

Noten

1. Over de exacte betekenis van 'utility' of nut is overigens altijd discussie geweest. Naast geluk wordt ook wel de wat neutralere term preferentiesatisfactie gebruikt. Zie bijvoorbeeld: BMS van Praag. The relativity of the welfare concept. In: MC Nussbaum, AK Sen (eds). The Quality of Life. Clarendon Press, Oxford, 1993
2. Sen AK. Social choice theory. In: KJ Arrow & MD Intriligator. Handbook of mathematical economics. Vol. III. Elsevier Science, Amsterdam, 1986
3. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review 1963; 53 (6): 941-973
4. Van Doorslaer EKA. Gezondheidszorg tussen Marx en markt. Inaugurele rede. Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998
5. Boadway R, N Bruce. Welfare economics. Oxford: Basil Blackwell, 1984
6. Edgeworth F. Mathematical Physics: An essay on the application of mathematics to the moral sciences. New York; Augustus M. Kelly, 1881
7. Sen AK. On ethics and economics. Oxford: Blackwell Publishers, 1987
8. Brouwer WBF, AJ Culyer, NJA van Exel & FFH Rutten. Welfarism vs. extra-welfarism. Journal of Health Economics 2008; 27(2): 325-338
9. Bijvoorbeeld:... that education and opinion, which have so vast a power over human character, should so use that power as to establish in the mind of every individual an indissoluble association between his own happiness and the good of the whole; especially between his own happiness and the practice of such modes of conduct, negative and positive, as regard for the universal happiness prescribes; so that not only he may be unable to conceive the possibility of happiness to himself, consistently with conduct opposed to the general good, but also that a direct impulse to promote the general good may be in every individual one of the habitual motives of action, and the sentiments connected therewith may fill a large and prominent place in every human being's sentient existence...
10. De imperfectie ligt in het feit dat in termen van doelmatigheid en rechtvaardigheid het instrument tekort schiet. Zo zijn er wat betreft doelmatigheid belangrijke aannames nodig. Bijvoorbeeld dat elke euro evenveel welzijn vertegenwoordigt voor alle mensen – hetgeen evident niet het geval is: voor een arme betekent een euro meestal meer welzijn dan voor een rijke. Het nastreven van een rechtvaardige verdeling van middelen ligt zeker ook niet automatisch in een economische evaluatie besloten. Winsten en verliezen worden normaal gesproken niet gewogen op basis van wie ze ondervindt.

11. Gravelle H, WBF Brouwer, LW Niessen, MJ Postma, FFH Rutten. Discounting in economic evaluations: stepping forward towards optimal decision rules. *Health Economics* 2007; 16(3): 307-317
12. Een perfect werkende markt leidt als een 'onzichtbare hand' naar Pareto optimaliteit. Doelmatigheid wordt dan 'als vanzelf' bereikt. In de zorg wordt echter niet voldaan aan de voorwaarden van perfecte marktwerking. Dat constateerde ook Nobelprijswinnaar Kenneth Arrow in zijn klassieke artikel over bijzondere kenmerken van gezondheidszorg (zie noot 3). Dat artikel uit 1963 wordt wel gezien als het begin van de gezondheids-economie als economische subdiscipline. Uit de constatering dat de markt faalt in de zorg vloeit voort dat overheidsingrijpen noodzakelijk is. Vanwege doelmatigheid, maar ook vanwege rechtvaardigheid. Ten eerste omdat zelfs een Pareto optimale situatie volstrekt oneerlijk kan zijn. Zoals Sen schrijft: "A state can be Pareto-optimal with some people in extreme misery and others rolling in luxury, so long as the miserable cannot be made better off without cutting into the luxury of the rich. Pareto can, like 'Caesar's spirit', 'come hot from hell'". Ten tweede omdat, zoals Kenneth Arrow ook aangaf, zonder een volkomen concurrerende markt en een kostenloze inkomensherverdeling '... the separation of allocative and distributional procedures becomes, in most cases, impossible'. De overheid dient dus in te grijpen omwille van doelmatigheid en rechtvaardigheid in de zorg.
13. Cutler DM, AB Rosen, S Vijan. The value of medical spending in the United States, 1960-2000. *New England Journal of Medicine* 2006; 335:920-927
14. Holland J, NJA van Exel, FT Schut, WBF Brouwer. Some pain, no gain. Experiences with the no-claim rebate in the Dutch health care system. *Health Economics, Policy & Law* 2009; 4(4): 405-424
15. Sheiner L. The effects of technology on the age distribution of health spending: a cross-country perspective. Federal Reserve Board, Working Paper no. 14, Finance and Economics Discussion Series, 2004
16. College voor Zorgverzekeringen. Pakketbeheer in de praktijk. CVZ, Diemen, 2006
17. College voor Zorgverzekeringen. Pakketbeheer in de praktijk 2. CVZ, Diemen, 2009
18. Het laatste criterium van de Trechter was, mede vanwege de moeilijke operationalisatie en de problemen van perverse substitutie (iets goedkoopt uit het pakket halen waardoor mensen juist duurdere zorg gaan

- gebruiken), wat buiten beeld geraakt. In het CVZ model wordt bezien of iets 'noodzakelijk te verzekeren' is, hetgeen sterk aansluit bij de eerste zeef, maar waarvoor ook nog geen heldere toepassing gevonden lijkt.
19. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zinnige en Duurzame Zorg. RVZ, Zoetermeer, 2006
 20. WBF Brouwer & FFH Rutten. De afbakening van het basispakket. In: Zicht op Zinnige en Duurzame Zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Zoetermeer, 2006
 21. Zie bijvoorbeeld EA Stolk, MJ Poley, WBF Brouwer & JJ van Busschbach. Proeftoetsing iMTA model. In Toenders WGM. Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. Amstelveen: College voor ZorgVerzekeringen, 2002 en MJ Poley, Stolk EA, WBF Brouwer & JJ van Busschbach. Ziektelast als uitwerking van het criterium 'noodzakelijkheid' bij het maken van keuzen in de zorg. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 2002; 146(48): 2312-2315
 22. Dit is de gelijkwaardigheid zoals deze uit een in de gezondheidseconomie populaire Time Trade-Off methode zou blijken.
 23. Alhoewel beide begrippen geen synoniemen zijn, worden ze hier wat afwisselend gebruikt. In principe wordt met 'noodzakelijkheid' een onderdeel van rechtvaardigheid op een specifieke wijze uitgedrukt.
 24. NHS Whitepaper 'A National Health Service', 1944
 25. In Engeland is zeer recent enige expliciete, kwantitatieve aandacht voor noodzakelijkheid, door het toestaan van een hogere kosten per QALY ratio bij bepaalde dure medicijnen tegen kanker. Dat is echter een hele specifieke uitzondering op de regel. Overigens ondermijnt een dergelijke uitzondering die regel daarmee ook. (Zie bijvoorbeeld Raftery J. NICE and the challenge of cancer drugs. BMJ 2009; 338:b67)
 26. Stolk EA, MJ Poley, WBF Brouwer & JJ van Busschbach. Proeftoetsing iMTA model. In: Toenders WGM. Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. Amstelveen: College voor ZorgVerzekeringen, 2002
 27. Uiteraard dient hierbij in de praktijk ook rekening te worden gehouden met de onzekerheid rond de schattingen van kosten en effecten, de vraag of de waarde van aanvullend bewijs hierover de kosten van het vergaren van dat bewijs overstijgt, enzovoorts.
 28. FFH Rutten & WBF Brouwer. Meer zorg bij beperkt budget; een pleidooi voor een betere inzet van het doelmatigheidscriterium. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 2002; 146(47): 2254-2258
 29. Dat laatste werd ook al sterk bepleit door de RVZ (zie noot 19).

30. Sommige gezondheidseconomen claimen dat de waarde van gezondheid irrelevant is voor de keuzen binnen de zorg. In een strikt zorgperspectief, waarbij alleen zorgkosten relevant worden geacht, het budget wordt gezien als een exogeen gegeven en de doelstelling als gezondheids-maximalisatie met dat gegeven budget, is de maatschappelijke waarde van gezondheid irrelevant. De enige relevante vraag wordt dan of het toelaten van een nieuwe interventie meer gezondheid oplevert dan het verdringt uit de zorg. Een dergelijk besliskader leidt tot andere keuzen, zowel methodologisch als tussen interventies. De onderbouwing van een dergelijk perspectief is echter twijfelachtig. (Zie Gravelle H, Brouwer WBF, Niessen L, Postma M, Rutten FFH. Discounting in economic evaluations: stepping forward towards optimal decision rules. *Health Economics* 2007; 16: 307-317)
31. Foutief omdat de waarde van een statistisch leven wordt gedeeld door de totale levensduur (79 jaar) in plaats van het gemiddeld aantal verloren QALYs als gevolg van een (arbeids)ongeval. Dat laatste getal is uiteraard veel lager dan 79, vanwege de gemiddelde leeftijd waarop zulke ongevallen plaatsvinden en de gemiddelde kwaliteit van leven op latere leeftijd, waardoor de waarde per QALY veel hoger zou uitkomen. Overigens is dat een fout die ik zelf ook niet eerder opmerkte. Arbitrair omdat de RVZ ook een (veel) lagere waarde kunnen gebruiken voor een statistisch leven, wat de waarde van de QALY weer lager zou doen uitkomen... Een correctere berekening (uitgaande van een waarde van een statistisch leven van 5,6 miljoen euro, een gemiddelde leeftijd van respondenten van 40 jaar met een resterende levensverwachting van 40 jaar waarin nog 30 QALYs zullen worden geleefd en een disconteervoet van 4%) leidt tot een waarde van rond de 290.000 euro per QALY.
32. Hirth RA, Chernew ME, Miller E, Fendrick AM, Weissert WG. Willingness to pay for a Quality-adjusted Life Year: in search of a standard. *Medical Decision Making* 2000; 20: 332-342
33. Dranove D. *What's your life worth?* New York: FT Prentice Hall, 2003.
34. Bleichrodt H, Quiggin J. Life-cycle preferences over consumption and health: when is cost-effectiveness analysis equivalent to cost-benefit analysis? *Journal of Health Economics* 1999;18:681-708
35. Daarbij is het belangrijk dubbeltellingen te vermijden. Zie Bergstrom T. Benefit-cost in a benevolent society. *American Economic Review* 2006; 96:331-351
36. Weinstein MC. How much are Americans willing to pay for a Quality-Adjusted Life Year? *Medical Care* 2008; 46: 343-345.

37. Stolk EA, MJ Poley, WBF Brouwer & JJ van Busschbach. Proeftoetsing iMTA model. In Toenders WGM. Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. Amstelveen: College voor ZorgVerzekeringen, 2002
38. Williams A, 1997, Intergenerational equity: an exploration of the fair innings argument. *Health Economics* 6(2), 117-132
39. Nord E. Concerns for the worse-off: fair innings versus severity. *Social Science & Medicine* 2005; 60(2): 257-263
40. Basu A, Meltzer D. Implications of spillover effects within the family for medical cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics* 2005;24: 751-73
41. Schulz R, Beach SR. Care giving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA* 1999; 282(23): 2215–2219
42. Bobinac A, NJA van Exel, FFH Rutten, WBF Brouwer. Well-being of informal caregivers: separating the family effect and the caregiving effect. Submitted paper
43. Zie bijvoorbeeld: Van Nooten FE, X Koolman, WBF Brouwer. The influence of subjective life expectancy on health state valuations using a 10 year TTO. *Health Economics* 2009; 18(5): 549-558; Krol M, Sendi P, Brouwer WBF. Breaking the silence. The influence of instructions regarding income considerations in health state valuations using TTO. *Value in Health* 2009;12(1): 172-180; Attema AE, WBF Brouwer. The correction of TTO values for utility curvature using a robust utility elicitation method. *Journal of Health Economics* 2009; 28: 234–243
44. Dolan P, H Lee, D King, R Metcalfe. Valuing health directly. *BMJ* 2009; 339:b2577
45. Schkade DA, Kahneman D. Does living in California make people happy? A focusing illusion in judgments of life satisfaction. *Psychol Sci* 2002;9:340-6
46. Koopmanschap MA, Rutten FHH, van Ineveld B, Van Roijen L. The friction cost method of measuring the indirect costs of disease. *Journal of Health Economics* 1995; 14: 171-89
47. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Volksgezondheidszorg. Den Haag, SDu uitgevers, 1997
48. Brouwer WBF, NJA van Exel, RMPM Baltussen, FFH Rutten, 2006, A dollar is a dollar is a dollar – or is it? *Value in Health* 9(5): 341-347
49. Rappange DR, PHM van Baal, NJA van Exel, T Feenstra, FFH Rutten, WBF Brouwer. Unrelated medical costs in life years gained: Should they be included in economic evaluations of health care interventions? *PharmacoEconomics* 2008; 26(10):815-830

50. Nyman JA. Should the consumption of survivors be included as a cost in cost-utility analysis? *Health Economics* 2004; 13: 417-27
51. Dat preventie met hetzelfde model wordt beoordeeld als curatieve zorg, onderstreept overigens nog eens dat preventie geen minderwaardige vorm van zorg is of kostenbesparend zou moeten zijn om aantrekkelijk te zijn.
52. Brouwer WBF, LW Niessen, MJ Postma & FFH Rutten. Need for differential discounting of costs and health effects in cost effectiveness analyses. *British Medical Journal* 2005; 331: 446 - 448
53. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zinnige en Duurzame Zorg. RVZ, Zoetermeer, 2006
54. Voor voorbeelden van in ontwikkeling zijnde uitkomstmaten zie: Coast J, Flynn TN, Natarajan L, Sproston K, Lewis J, Louviere JJ, Peters TJ. Valuing the ICECAP capability index for older people. *Social Science & Medicine* 2008; 67(5):874-82 en Ryan M, Netten A, Skåtun D, Smith P. Using discrete choice experiments to estimate a preference-based measure of outcome -an application to social care for older people. *Journal of Health Economics*. 2006;25(5):927-944
55. Noodzakelijkheid is dan de proportie welzijn die verloren gaat als gevolg van het ontbreken adequate zorg bij een bepaald probleem of een bepaalde zorgbehoefte.
56. Tan SS, SJ Schawo, LMA Goossens, MPMH Rutten-van Mólken, WBF Brouwer, L Hakkaart-van Roijen, FFH Rutten. Quick scan: richtlijnen als basis voor de farmaceutische aanspraak? IMTA report 08.106 (www.imta.nl). Rotterdam: Erasmus MC, iMTA. 2008
57. Zie bijvoorbeeld de brief van de Minister aan de Tweede Kamer van 12 juni 2008 aangaande het geneesmiddelenbeleid.
58. Navolging van richtlijnen is uiteraard ook belangrijk. Naast de IGZ kunnen daarbij ook de verzekeraars een belangrijke rol spelen.



fotograaf Levien Willense

Prof.dr. Werner Brouwer (1972) is bijzonder hoogleraar Economische Evaluatie en Gezondheidszorgbeleid bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij studeerde Algemene Economie aan diezelfde universiteit van 1990 tot 1996. Vervolgens kwam hij in dienst van het iBMG waar hij in 1999 promoveerde op het proefschrift *Time and time costs in economic evaluation: taking a societal perspective*. De methodologie van economische evaluaties in de zorg en de relatie tussen economische evaluaties en gezondheidszorgbeleid zijn centrale aandachtspunten in zijn onderzoek en onderwijs.

‘De basis van het pakket’ gaat, vanuit een economische invalshoek, in op de grenzen van de zorg en het afwegingskader waarmee in Nederland het basispakket dient te worden vastgesteld. Er wordt duidelijk gemaakt dat dit afwegingskader in feite een bijzondere economische evaluatie is, waarmee niet alleen de doelmatigheid maar ook de rechtvaardige verdeling van zorg wordt nagestreefd. Daarmee wordt ook de rol van economen in deze context duidelijk. Werner Brouwer benadrukt dat om werkelijk te komen tot een basispakket van noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg (ook in de praktijk) er belangrijke uitdagingen bestaan zowel voor de opzet van het afwegingskader, als de wijze waarop het kader thans wordt ingezet.



Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Burgemeester Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

Tel. 010 - 408 85 55
Fax 010 - 408 90 94
E-mail info@bmj.eur.nl
Internet www.bmj.eur.nl